入院時情報提供シート

【様式１】

記入日：　　　　　年　　　　月　　　　日

入院日：　　　　　年　　　　月　　　　日

情報提供日：　　　　　年　　　　月　　　　日

医療機関　←　居宅介護支援事業所

医療機関名：

事業所名：

ケアマネジャー氏名：

TEL:　　　　　　　　　　　　　　　　FAX：

ご担当者名：

ご担当窓口：

利用者（患者）/家族の同意に基づき、利用者情報（身体・生活機能など）の情報を送付します。ぜひご活用ください

1. 利用者（患者）基本情報について

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 者氏名 | （ﾌﾘｶﾞﾅ） | | | 年齢 | 歳 | | 性別 | 男性女性 |
|  | | | 生年月日 | 年　　　　月　　　日生 | | | |
| 住所 |  | | | 電話番号 |  | | | |
| 住環境 | 住居の種類（　戸建て　・　集合住宅　）　　　　階建て　　　居室　　　階　　エレベーター（　有　・　無　） | | | | | | | |
| 特記事項（ | | | | | | | |
| 入院時の要介護度 | 要支援（　　）　　要介護（　　）　　　　　　　有効期間：　　　年　　　月　　　日　　～　　　年　　　月　　　日  申請中（申請日　　/　　）　　　　区分変更（申請日　　　/　　　　）　　　　未申請 | | | | | | | |
| 障害高齢者の  日常生活自立度 | 自立　J1　　J2　　A1　　A2　　B1　　B2　　C1　C2 | | | | | 医師の判断  ケアマネジャーの判断 | | |
| 認知症高齢者の  日常生活自立度 | 自立　Ⅰ　　Ⅱa　　Ⅱb　　Ⅲa　　Ⅲb　　Ⅳ　　M | | | | |
| 介護保険の  負担割合 | 割　　　　不明 | 障害など認定 | なし　　あり（　身体　・　精神　・　知的　） | | | | | |
| 年金などの種類 | 国民年金　厚生年金　　障害年金　　生活保護　　その他（　　　　　　　　　　） | | | | | | | |

1. 家族構成/連絡先について

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 世帯構成 | 独居　　　　高齢者世帯　　　　　子と同居　　　　　日中独居  その他（　） | | |
| 主介護者氏名 | （続柄　　　・　　　才） | 同居　　　別居 | TEL: |
| キーパーソン | （続柄　　　・　　　才） | 同居　　　別居 | TEL: |

1. 本人/家族の意向について

|  |  |
| --- | --- |
| 本人の大切にしていること |  |
| 本人の生活歴 |  |
| 入院前の本人の  生活に対する意向 | 添付の居宅サービス計画書（１）をご確認ください。 |
| 入院前の家族の  生活に対する意向 | 添付の居宅サービス計画書（１）をご確認ください。 |

1. 入院前の介護サービス利用状況について

|  |  |
| --- | --- |
| 入院前の介護サー  ビスの利用状況 | 添付の居宅サービス計画書（１）（２）（３）表をご確認ください。 |

1. 今後の在宅生活の展望について（ケアマネジャーとしての意見）

|  |  |
| --- | --- |
| 在宅生活に  必要な条件 |  |
| 退院後の世帯に対する配慮 | 不要　　　必要（　　　　　　　　　　）  主介護者　本シート２に同じ　　左記以外（氏名：　　　　　　　　　続柄：　　　　　）  介護力が見込める（十分　　一部）　　介護力が見込めない　　家族や支援者はいない |
| 特記事項 |  |

1. 身体・生活機能の状況/療養生活上の課題について

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 麻痺の状況 | | | なし　軽度　中度　重度　部位（　　　　　） | | | 褥瘡 | | | | | なし　 あり（　　） | |
| ADL | | 移動 | | 自立　　見守り　　一部介助　　全介助 | | 移動（室内） | | | | | 杖　歩行器　車いす　その他 | |
| 移譲 | | 自立　　見守り　　一部介助　　全介助 | | 移動（屋外） | | | | | 杖　歩行器　車いす　その他 | |
| 更衣 | | 自立　　見守り　　一部介助　　全介助 | | 起居動作 | | 自立　見守り　一部介助　全介助 | | | | |
| 整容 | | 自立　　見守り　　一部介助　　全介助 | | 特記（転倒リスク等） | | | | | | |
| 入浴 | | 自立　　見守り　　一部介助　　全介助 | |
| 食事 | | 自立　　見守り　　一部介助　　全介助 | |
| 食事  内容 | | 回数 | | （　　）/日　　時間（朝：　　　昼：　　　夕：　　　　） | | 食事制限 | | | | | あり（　　　　　）　なし　　不明 | |
| 形態 | | 普通　きざみ　　嚥下障害食　　ミキサー | | 特記： | | | | | | |
| 方法 | | 経口　　経管 | 水分とろみ：なし　あり | 水分制限 | | | | あり（　　　　　）　なし　　不明 | | |
| 口腔 | | 嚥下 | | むせない　　時々むせる　　常にむせる | | 義歯 | | | | あり（　　　　　）　なし　　不明 | | |
| 清潔 | | 良　　不良　　著しく不良 | | 口臭 | | | | あり　　なし | | |
| 排泄 | | 排尿 | | 自立　　見守り　　一部介助　　全介助 | | 特記（オムツ・P-トイレ使用等） | | | | | | |
| 排便 | | 自立　　見守り　　一部介助　　全介助 | |
| 睡眠の状態 | | | | 良　　不良（　　　　　　　） | | 眠剤の使用 | | | | | | なし　　あり |
| 喫煙 | | | | なし　　あり　　（　）本くらい/日 | | 飲酒 | なし　　あり　　（　）合くらい/日あたり | | | | | |
| コミュニケーション | | 視力 | | 支障なし　　やや難あり　　困難 | | 眼鏡 | | | なし　　あり（　　　　　　） | | | |
| 聴力 | | 支障なし　　やや難あり　　困難 | | 補聴器 | | | なし　　あり | | | |
| 言語 | | 支障なし　　やや難あり　　困難 | | 特記事項 | | | | | | |
| 疎通 | | 支障なし　　やや難あり　　困難 | |
| 精神面における療養上の  問題 | | | | なし  幻視・幻聴　　興奮　焦燥・不穏　妄想　暴力/攻撃性　介護への抵抗　不眠  昼夜逆転　徘徊　危険行為　不潔行為  その他（　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 疾患歴 | | | | なし  悪性腫瘍　認知症　急性呼吸器感染症　脳血管障害　骨折  その他（　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 入院歴 | 直近半年間の入院 | | | なし　　あり（理由：  不明　　　　　　期間：　　　　　　年　　　月　　日　　～　　　　年　　　月　　　日） | | | | | | | | |
| 入院頻度 | | | 頻度は高い/繰り返している　　頻度は低いが、これまでもある　　今回が初めて | | | | | | | | |
| 入院前に実施している  医療処置 | | | | なし  点滴　酸素療法　喀痰吸引　気管切開　胃ろう　経鼻栄養　経腸栄養　褥瘡  尿道カテーテル　尿路ストーマ　消化管ストーマ　痛みコントロール　排便コントロール  自己注射（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |

1. お薬について　※必要に応じて、「お薬手帳（コピー）」を添付

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 内服薬 | なし　　あり　　別途お薬手帳及び薬情シート参照 | |
| 薬剤管理 | 自己管理　　他者による管理（管理者：　　　　　　　　　　・管理方法：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 服薬状況 | 処方通り服用　　時々飲み忘れ　　飲み忘れが多い、処方が守られていない　　服薬拒否 | |
| 薬に関する特記事項 | |  |

1. かかりつけ医について

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| かかりつけ医療機関名 |  | 電話番号 |  |
| 医師名 |  | 診療方法  頻度 | 通院　訪問診療　その他  頻度＝（　　）回/月 |

1. カンファレンス等について（ケアマネジャーからの希望）

|  |  |
| --- | --- |
| 「院内多職種カンファレンス」への参加 | 希望あり |
| 「退院前カンファレンスへの参加 | 希望あり　　　具体的な要望： |
| 「退院前訪問指導」を実施するばあいの同行 | 希望あり |

※鹿児島県入退院支援ルール（鹿児島医療圏）　シート編集部会作成書式（令和５年度改訂）